

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. В. Грубник, А. С. Дюжнев, Р. Ю. Вододюк

Одесская областная клиническая больница,
Одесский государственный медицинский университет

РЕФЕРАТ

Псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ) составляют почти 75% всех кистозных заболеваний органа. Для лечения псевдокист ПЖ применяют как лапаротомные хирургические вмешательства, так и мининвазивные операции: чрескожное дренирование кист под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), эндоскопическое дренирование кист через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки, лапароскопические операции.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы; лапароскопические вмешательства.

Целью исследования было изучение возможностей применения лапароскопических технологий в хирургическом лечении псевдокист ПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1998 по 2009 г. лапароскопические операции по поводу псевдокист ПЖ выполнены у 38 больных. Преобладали мужчины — 25, женщин было 13. Возраст больных от 28 до 69 лет. Причинами образования псевдокист ПЖ был острый алкогольный панкреатит — у 15 больных, билиарный — у 14, посттравматический — у 5. В клинике всем больным проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование, включавшее УЗИ и компьютерную томографию (КТ). У 7 больных проведена магниторезонансная томография. Показаниями к операции были: большие кисты (диаметром более 6 см) — у 25 больных, быстро увеличивающиеся кисты — у 3, выраженный болевой синдром при наличии кистозного образования в области ПЖ — у 6. У 11 больных при наличии больших кист с тонкой стенкой, которые не были тесно спаяны с задней стенкой желудка, произведено лапароскопическое наружное дренирование. Для этого использовали 3 троакара: один — диаметром 10 мм для лапароскопа, два — диаметром 5 мм для лапароскопических инструментов. Коагулировали и пересекали сосуды желудочно-ободочной связки. Выделяли стенку псевдокисты, которую рассекали электрокоагуляционным крючком. Содержимое кисты удаляли электроотсосом, вводили эндоскоп в просвет кисты и осматривали ее полость. В просвет кисты вводили 1 или 2 дренажа, через которые полость кисты промывали растворами антисептиков (1% водный раствор бетадина, 0,5% водный раствор хлоргексидина). При наличии больших кист с толстой стенкой, тесно спаянных с задней стенкой желудка, про-

изводили лапароскопические операции дренирования кисты в просвет желудка. Для этого использовали 2 методики. У 7 пациентов выполняли интрагастральные лапароскопические операции. В просвет желудка вводили гастрофиброскоп и максимально раздували желудок так, чтобы его передняя стенка прилегала к передней брюшной стенке. Под контролем гастрофиброскопа в просвет желудка вводили троакар диаметром 10 мм, через него вводили лапароскоп, под контролем которого выполняли операцию. Дополнительно в просвет желудка вводили два троакара диаметром 5 мм, через них вводили специальную иглу, с помощью которой через заднюю стенку желудка пунктировали полость псевдокисты. Затем по игле с помощью электрокрючка вскрывали заднюю стенку желудка и стенку кисты. Содержимое псевдокисты эвакуировали отсосом. При наличии в просвете кисты некротизированных тканей их извлекали специальными зажимами. Полость псевдокисты осматривали с помощью эндоскопа и, при наличии на дне псевдокисты кровоточащих сосудов их обязательно коагулировали с использованием биполярной коагуляции. В просвет псевдокисты вводили дренажную трубку, другой конец которой находился в просвете желудка. У 3 больных в просвет псевдокисты заводили назогастральный зонд, который через нос выводили наружу. По окончании дренирующей операции троакары извлекали из просвета желудка, воздух из полости желудка отсасывали через введенный гастрофиброскоп, на троакарные отверстия на передней стенке желудка накладывали узловые швы викриловыми нитями.

У 18 пациентов лапароскопическая цистогастротомия выполнена по другой методике. В брюшную полость вводили 4 троакара, переднюю стенку подшивали двумя держалками и потом с помощью электрокоагуляционного крючка вскрывали. Обязательно проводили тщательную коагуляцию сосудов передней стенки, используя биполярные щипцы. Осматривали выбухающую стенку желудка, к которой тесно прилегала киста ПЖ. Через заднюю стенку желудка производили пункцию псевдокисты, широко вскрывали заднюю стенку желудка и стенку псевдокисты. Чтобы легче рассечь заднюю стенку вместе со стенкой псевдокисты, на заднюю стенку желудка накладывали 1 — 2 узловых шва викриловой нитью, с помощью которых подтягивали заднюю стенку желудка кверху. Формировали соустье между желудком и псев-

докистой диаметром 4 — 5 см. На заднюю стенку желудка по всей поверхности стомы накладывали узловы́е гемостатические швы. Тщательно эвакуировали содержимое псевдокисты, удаляли все некротизированные ткани. В просвет псевдокисты устанавливали назогастральный зонд. Накладывали узловы́е швы на разрез передней стенки желудка, как правило, один ряд. У 6 больных дополнительно наложены два ряда серозно—мышечных швов. Брюшную полость тщательно промывали изотоническим раствором натрия хлорида и дренировали 1 — 2 трубками. У 2 больных при наличии кист в области тела и хвоста ПЖ технически выполнить цистогастростомию было достаточно сложно. Им произведена лапароскопическая цистоеюностомия. Для этого использовали 4 троакара: два — диаметром 5 мм, один — 10 мм, один — 12 мм. Широко вскрывали желудочно—ободочную связку и выделяли стенку кисты. Затем, используя лапароскопические сшивающие аппараты "EndoGIA 45", формировали изолированную по Ру петлю тонкой кишки. Эту петлю подшивали 1 — 2 швами к стенкам псевдокисты. Просвет кишки и просвет псевдокисты вскрывали коагуляционным крючком. В просвет тонкой кишки и просвет псевдокисты вводили бранши эндоскопического stapлера, с помощью которого формировали цистоеюноанастомоз. Дополнительно накладывали узловы́е швы между стенкой кишки и стенкой псевдокисты.

После операции производили детальный мониторинг всех послеоперационных осложнений. Больных обследовали в клинике в отдаленные сроки после операции (через 6, 12, 24, 36 мес). Обязательно проводили УЗИ, а при необходимости — КТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Тяжелых осложнений во время выполнения лапароскопических операций не было. Все пациенты живы. Длительность лапароскопических операций наружного дренирования псевдокист ПЖ составила 40 — 60 мин. При выполнении лапароскопической цистогастростомии длительность операции составляла в среднем 92 мин. У 9 больных при наличии конкрементов в желчном пузыре одновременно выполняли лапароскопическую холецистэктомию. Длительность подобных лапароскопических операций в среднем 115 мин. Более сложным оказалось выполнение лапароскопической цистоеюностомии. У одного больного такая операция длилась 158 мин, еще у одного — 130 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 100 — 150 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 3 (9,6%), у 2 из них на 2 — 4-е сутки выявлено кровотечение из сосудов рассеченной задней стенки желудка. Для остановки кровотечения производили гастропероскопию и прицельную электрокоагуляцию сосудов. Необходимо отметить, что при наложении на соустье между

задней стенкой желудка и псевдокистой ПЖ узловых швов кровотечение не наблюдали. У одного больного на 6-е сутки после лапароскопической цистоеюностомии появились признаки спаечной непроходимости кишечника. Выполнена повторная релапароскопия, во время которой рассечены спайки между петлями кишечника. Брюшная полость тщательно промыта растворами антисептиков и дренирована, выздоровление. После выполнения лапароскопических вмешательств больных выписывали на 5 — 9-е сутки, длительность лечения в стационаре составила в среднем 5,8 дня. В отдаленные сроки после лапароскопических операций у большинства пациентов отмечены хорошие результаты. Рецидив возник у 3 больных, у 2 — после наружного дренирования псевдокисты, у 1 — после цистогастростомии. Двое больных с рецидивами кист оперированы повторно с использованием лапаротомного доступа. У одного пациента произведено чрескожное дренирование рецидивной псевдокисты ПЖ под контролем УЗИ. Один больной госпитализирован в клинику через 13 мес после лапароскопической цистогастростомии с признаками желудочного кровотечения. Выполнена неотложная цистогастроскопия, во время которой установлено, что источником кровотечения была задняя стенка желудка. Эндоскопический гемостаз оказался неэффективным. Больному выполнены ангиография и эмболизация кровотокающего сосуда, рецидив кровотечения не наблюдали.

Псевдокисты ПЖ являются довольно частым осложнением острого воспаления паренхимы органа [1, 2]. У значительного числа больных псевдокисты ПЖ рассасываются самостоятельно в течение 4 — 6 нед после приступа острого панкреатита. Наличие больших кист (диаметром более 6 см), которые не рассасываются в эти сроки, является показанием к выполнению оперативного вмешательства [3]. До недавнего времени основным методом хирургического лечения псевдокист ПЖ было лапаротомное вмешательство с наружным либо внутренним дренированием кист [4]. Лапаротомные вмешательства достаточно эффективны, однако сопровождаются достаточно большой частотой послеоперационных осложнений, длительным периодом лечения больного в стационаре [3]. Это явилось основанием для разработки миниинвазивных методов хирургического лечения псевдокист ПЖ. Чаще всего используют чрескожное дренирование псевдокист под контролем УЗИ. Разработаны также методы эндоскопических дренирующих операций через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным хирургических клиник, имеющих большой опыт применения миниинвазивных методов хирургических операций, чрескожные и эндоскопические методы дренирования псевдокист ПЖ не всегда эффективны [5]. Эндоскопическое дренирование псевдокист ПЖ оказалось неэффективным у

15,4% больных, осложнения возникли у 13,3%, частота рецидивов составила 10,7% [2, 6]. Чрескожное дренирование псевдокист также сопровождается высокой частотой осложнений — до 64% [7]. При чрескожном дренировании псевдокист ПЖ больные, как правило, находятся в стационаре значительно дольше, чем после лапаротомных вмешательств — соответственно (45 ± 5) и (18 ± 2) сут [7]. Лапароскопические методы лечения псевдокист ПЖ достаточно эффективны. Частота осложнений составляет 9,6%. Преимуществом лапароскопических вмешательств явилось значительное уменьшение продолжительности лечения пациентов в стационаре. Так, после лапаротомных операций она составила 16 — 18 дней, после лапароскопических вмешательств — 5 — 9 дней. Из 34 оперированных нами больных у 30 в отдаленные сроки достигнуты хорошие результаты. Рецидив заболевания выявлен у 3 (9,6%) больных.

Таким образом, первый опыт применения лапароскопических вмешательств в лечении псевдокист ПЖ свидетельствует, что эффективность этих операций сопоставима с таковой лапаротомных вмешательств. В то же время, лапароскопические операции сопровождаются низкой частотой послеоперационных осложнений, позволяют значительно сократить сроки

стационарного лечения. Дальнейшее развитие техники лапароскопических вмешательств позволит шире использовать их при лечении псевдокист ПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / [А. А. Шалимов, В. В. Грубник, Дж. Горовиц и др.]. — К.: Здоровья, 2000. — 231 с.
2. Cooperman A. M. An overview of pancreatic pseudocysts: the emperor new clothes revisited / A. M. Cooperman // Surg. Clin. N. Am. — 2001. — Vol. 81. — P. 391 — 397.
3. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / E. Rosso, N. Alexakis, P. Ghaneh [et al.] // Dig. Surg. — 2003. — Vol. 20. — P. 397 — 406.
4. Ammori B. J. Pancreatic surgery in the laparoscopic era / B. J. Ammori // J. Pancreas. — 2002. — N 4. — P. 187 — 192.
5. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients / R. Heider, A. A. Meyer, J. A. Galanko, K. E. Behrns // Ann. Surg. — 1999. — Vol. 229. — P. 781 — 787; discussion P. 787—789.
6. Bhattacharya D. Minimally invasive approaches to the management of pancreatic pseudocysts: review of the literature / D. Bhattacharya, B. J. Ammori // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2003. — Vol. 13. — P. 141 — 148.
7. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts / T. H. Baron, G. C. Harewood, D. E. Morgan, M. R. Yates // Gastrointest. Endosc. — 2002. — N 56. — P. 7 — 17.

